

115
Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 15 Décembre 1899, à 1 heure

PAR

Pascal H. MEKHDJIAN

Né à Ovadjick (Turquie) le 13 mai 1871.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
MALADIE DE MÉNIÈRE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. DÉJERINE, professeur.

DESGREZ et MÉRY, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 15 Décembre 1899, à 1 heure

PAR

Pascal H. MEKHDJIAN

Né à Ovadjick (Turquie) le 13 mai 1874.

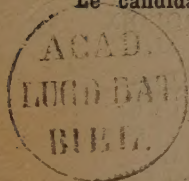
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA

MALADIE DE MÉNIÈRE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. DÉJERINE, professeur.
DESGREZ et MÉRY, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS :	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des mala-		FOURNIER
dies de l'encéphale		RAYMOND
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		BERGER
Clinique des maladies du système nerveux ..		DUPLAY
		LEDENTU
Clinique chirurgicale		TILLAUX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON
Clinique d'accouchement		BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE BIEN AIMÉE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX

À MON PÈRE

ET

À MON FRÈRE AINÉ, LE DOCTEUR HAGOP

Je dédie ce travail comme témoignage de vive affection et de profonde reconnaissance, pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

Préface

Au moment de terminer nos études, nous sommes heureux de nous conformer à l'usage et de remercier ici publiquement tous ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales.

C'est pour nous un vif plaisir de jeter un regard rétrospectif, et, considérant le chemin parcouru, d'adresser l'hommage de notre respectueuse reconnaissance à tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux qui n'ont rien négligé pour nous rendre la tâche facile.

Et d'abord, que M. le Dr Oulmont qui a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse et nous autoriser à recueillir l'observation d'un des malades de son service, veuille bien accepter ici l'expression de notre vive reconnaissance.

Le temps que nous avons passé dans le service de M. le Professeur Tillaux nous sera toujours particulièrement cher. Nous conserverons précieusement le souvenir de ce maître qui symbolise la

dignité professionnelle, et que sa bonhomie et sa simplicité font aimer de tous les étudiants.

M. le Professeur agrégé Walter a droit à toute notre reconnaissance. Nous nous efforcerons de nous souvenir de ses leçons et de son enseignement, et nous le prions de croire à notre respectueuse affection.

Nous avons suivi le service de M. le Professeur Potain et M. Rendu.

Auprès de ces maîtres, nous avons complété nos connaissances cliniques ; nous nous sommes efforcé d'apprendre à voir juste, à faire un bon diagnostic.

Nous les prions d'accepter l'hommage de toute notre reconnaissance.

M. le Professeur Potain nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous l'en remercions bien vivement.

Nous avons complété nos connaissances en obstétrique dans le service de M. le Professeur Budin, suppléé par M. Maygrier.

Qu'il nous soit permis enfin de remercier ici M. le Dr H.-A. Papazian, qui a bien voulu s'intéresser à nos études, et qui nous a été d'un puissant appui pendant toute la durée de nos études médicales.

C'est pour nous une grande joie de lui en témoigner publiquement notre reconnaissance. Qu'il veuille bien croire à notre sincérité et agréer ici l'expression de notre affection fraternelle.

Contribution à l'étude du Vertige de Ménière.

Observation

(Inédite)

Le 13 juillet 1899, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le Dr Oulmont, un nommé L... R..., âgé de 31 ans, exerçant la profession de garçon boulanger.

Ce malade entre à l'hôpital, parce qu'il a des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, et qu'il est sourd de l'oreille droite.

Le début de ces accidents a été marqué d'une brusquerie toute particulière.

Le 7 juillet dernier, il se trouvait, vers 9 heures 1/2 du matin, dans la rue, portant sur son épaule une lourde corbeille remplie de pains, ainsi qu'il en avait l'habitude ; tout d'un coup, il ressent dans l'oreille droite un bruissement intense, comme celui d'un vent soufflant violemment, « ou encore, dit-il, comme le bruit produit par un train lancé à toute vapeur » ; le bruit est si fort, qu'il en résulte une véritable sensation douloureuse.

En même temps, il semble au malade, que tout ce qui l'entoure, les passants, les maisons, le sol, se met à tourner et à se déplacer ; pour ne pas tomber, il s'assied sur sa cor-

beille, et ferme les yeux. Mais il ne perd pas connaissance, et se sent baigné de sueurs profuses. On l'amène aussitôt chez un pharmacien, d'où on le transporte à son domicile où il se couche. C'est alors qu'il est pris de nausées violentes et qu'il rend le peu de lait qu'il avait absorbé peu de temps avant l'accident.

Depuis huit jours, il n'a pas eu de nouvelle attaque d'étourdissement, mais l'attention est attirée surtout par trois symptômes fonctionnels. L'oreille droite est complètement sourde ; mais s'il n'entend plus les sens extérieurs, il ressent par contre, des sensations subjectives très pénibles, des bourdonnements d'oreille très marqués. C'est toujours un bruissement comparable au roulement d'un train, semblant exister dans l'oreille même. Ce sont plutôt des sons graves que des sons élevés, des grondements sourds que des sifflements aigus. Ces sensations, fatigantes pour le malade qu'elles énervent, sont plus accusées la nuit, où lorsqu'il s'étend dans son lit, se rapprochant de la position horizontale.

Outre ces bourdonnements et cette surdité, le malade se plaint de vertige, les objets semblent se déplacer devant ses yeux, par un mouvement ondulatoire, à oscillations régulières ; cette sensation augmente lorsqu'il est debout, aussi a-t-il besoin d'un bras quand il veut marcher, mais le vertige disparaît quand il ferme les yeux ; ou, pendant la nuit, cet état vertigineux détermine chez lui de fréquentes envies de vomir, les nausées étaient surtout fréquentes les premiers jours, où il ne pouvait rien garder.

Tous ces phénomènes, restant très accusés depuis huit jours, l'amènent donc à l'hôpital.

A l'examen, le malade est un homme bien bâti, de taille moyenne, l'air un peu triste. Sa voix est légèrement rauque et voilée. Cette dysphonie est le reliquat d'une fièvre typhoïde contractée il y a 7 ans.

En présence des phénomènes auriculaires l'examen de l'oreille s'impose. L'oreille droite est complètement sourde. Mais le tympan paraît sain, et l'on ne voit s'écouler, par le conduit auditif externe, ni sang ni pus.

L'examen à la montre, donne les résultats suivants : l'acuité auditive normale à gauche est totalement disparue à droite. La perception aérienne et la perception crânienne sont abolies de ce côté.

L'examen des autres appareils donne les renseignements suivants : Au point de vue de la sensibilité, il semble que cette faculté s'éveille en deux temps, par une sorte d'éduction. Insensible à la première piquûre, il sent et réagit normalement quand on le repique quelques instants après dans les parages de la région primitivement excitée. Il en est de même pour le réflexe pharyngé.

Les autres réflexes sont normaux.

Le champ visuel n'est pas rétréci, il n'y a pas dyschromatopsie. Le cœur ne présente rien d'anormal.

Le pouls est plutôt lent, et bat à 60 pulsations.

La tension artérielle est faible et est égale à 13 1/2.

Il n'y a pas de fièvre. Rien aux poumons.

Du côté de l'appareil digestif, on note de la constipation ; de plus le malade, avons-nous dit, rend ses aliments, mais ces vomissements n'ont aucun rapport avec l'alimentation, et surviennent de façon très capricieuse.

Rien dans les urines.

Tels sont les symptômes physiques et fonctionnels fournis par l'examen du malade.

Dans son histoire, peu de choses. Il rappelle un traumatisme assez violent de la région temporo-pariétale du côté droit, reçu il y a 16 ans. Il se remit d'ailleurs rapidement du coup qu'il avait reçu.

En 1892, il y a 7 ans par conséquent, il prend la fièvre typhoïde, qu'il eut avec une violence extrême, et qui lui laissa comme vestige, la voix rauque et voilée. L'examen de son larynx pratiqué par M. Courtade montre l'immobilité de la corde vocale gauche, et du cartilage arythénoïde correspondant : l'épiglotte, toute contournée et tuméfiée, a perdu sa forme normale.

A part cela, le malade n'a jamais eu autre chose ; pas de syphilis ; on note toutefois quelques phénomènes d'éthylisme : crampes, cauchemars.

En résumé, ce qui frappe surtout chez ce malade, c'est la surdité, les vestiges et les bourdonnements d'oreilles, tous phénomènes labyrinthiques.

Le diagnostic porté est : Maladie de Ménière vraie, due à une hémorragie labyrinthique.

Traitement. — Purgation ; KI 2 grammes, et deux sangsues derrière l'oreille droite.

Le 15 juillet. — L'état est sensiblement changé, le malade ne se plaint plus autant de bourdonnements d'oreilles. Il n'a pas vomi. Il entend légèrement le tic-tac de la montre appliqué tout contre le pavillon de l'oreille.

Le 17 juillet. — Le malade a eu des vertiges et des nausées, il a rendu son repas. Cependant les bourdonnements d'oreilles sont moins marqués.

Le 18 juillet. — Le malade n'a pas de vertige, l'examen de l'oreille est pratiqué par M. Courtade.

a) L'examen à la montre donne les résultats suivants :

La perception aérienne existe à deux travers de doigt environ de l'oreille malade, tandis qu'elle est de 20 à 25 cent. du côté sain ; la perception crânienne existe faiblement du côté droit.

b) L'examen au diapason :

La perception aérienne existe, mais disparaît du côté droit 25 secondes avant de disparaître du côté sain.

La perception crânienne : l'instrument étant appliqué sur le vertèbre (expression de Weber) est faiblement perçu du côté droit.

Le malade sort de l'hôpital en bon état, ne conservant plus qu'un peu de dureté d'oreille, et quelques vertiges passagers.

Il a été revu plusieurs mois après, il ne présentait aucun symptôme de sa maladie antérieure, nous pouvons le considérer comme guéri.



Introduction

Telle est l'observation qui a servi de point de départ à ce travail.

Nous voyons qu'il s'agit ici d'un cas typique de « maladie de Ménière », chez un homme jeune encore. Le début brusque rentre bien dans le cadre décrit par Ménière, et le fait que la maladie apparaît sans aucune lésion préalable de l'oreille, sépare nettement ce cas de tous les états vertigineux qui simulent si souvent le syndrome de Ménière.

Un autre point intéressant de l'observation, est la réintégration progressive de la faculté auditive, l'amélioration sensible éprouvée par le malade.

En général, il n'en est pas ainsi. Presque toujours, la maladie de Ménière résiste à tous les traitements ; les vertiges, les bourdonnements disparaissent, mais d'une façon presque constante, l'ouïe reste définitivement perdue.

Le malade de notre observation, au contraire, guérit de la surdité et cela dans un délai assez court.

Ce point particulier de l'observation offre un réel intérêt et nous verrons plus tard comment l'interpréter.

Mais auparavant nous allons nous efforcer de poser nettement la question, et, dans ce qui va suivre, nous essaierons de fixer la nature exacte de la maladie de Ménière en la séparant de tous ces états secondaires où l'on peut trouver plus ou moins complet le syndrome de Ménière, en dehors de toute affection labyrinthique.

Vouloir étendre le terme de maladie de Ménière à tous ces cas, est un abus regrettable. Sans doute, on peut trouver dans un nombre considérable d'affections otiques des symptômes qui rappellent ceux décrits par Ménière.

Nous croyons cependant qu'il est bon d'en séparer la maladie de Ménière vraie due à une hémorragie labyrinthique de tous les autres cas où le vertige n'est qu'un phénomène accessoire sous la dépendance d'un trouble auriculaire quel qu'il soit.

C'est dans ce but que nous avons entrepris l'étude de cette affection ; car, il règne, à cet égard, une certaine confusion, suivant les auteurs. Les uns refusant toute entité morbide au syndrome de Ménière (Féré, Ollier de Vergèse, etc.). Les autres, au contraire, admettant l'existence d'une maladie de Ménière vraie, et de symptômes de Ménière se rapportant au vertige *ab aure læsa*.

Historique

M. Duplay a proposé le premier de donner le nom de Maladie de Ménière, au type clinique isolé par le médecin en chef de l'Hôpital des Sourds-Muets de Paris.

Dans l'observation fondamentale sur laquelle Ménière a créé cette entité morbide, il s'agit d'une jeune fille de 16 ans qui au cours de ses règles prit froid, et perdit subitement l'ouïe au milieu de symptômes accentués, tels que vertiges, nausées de vomissements. La malade avait le visage pâle, baigné de sueur, et menaçait de perdre connaissance.

Au moment du vertige, elle tombait sans pouvoir se relever et étendue sur le dos, elle était dans l'impossibilité d'ouvrir les yeux.

Le moindre mouvement de la tête augmentait les nausées et les vomissements. Elle mourut le 5^e jour.

A l'autopsie le cerveau et la moelle épinière étaient sains ; par contre, dans tout le labyrinthe

« se trouvait une sorte de lymphe plastique rougeâtre qui paraissait le produit d'une exhalation de toutes les surfaces membraneuses tapissant l'oreille interne. »

Dans un cas semblable qui s'était terminé par la mort, deux mois après la perte subite de l'ouïe, Ménière trouva « cette même lymphe plastique d'un jaune clair, parsemée d'une multitude de petits points gris, opaques, ressemblant assez bien à des granulations tuberculeuses commençantes. »

En 1861, Ménière publia dans la *Gazette Médicale* de Paris, une série d'articles sous les titres de : « Sur une forme particulière de surdité grave dépendant d'une lésion de l'oreille interne » ; et de : « Maladie offrant les symptômes de la congestion cérébrale apoplectiforme. »

Déjà auparavant, Ménière en se basant sur les expériences de Flourens sur le rôle des canaux semi-circulaires, conclut que dans onze cas où il avait noté du vertige et de la surdité, la cause de ces symptômes était non dans le cerveau mais dans l'oreille. Les vérifications anatomiques qu'il put faire dans les deux cas ci-dessus rapportés confirmèrent cette manière de voir et établirent la nature labyrinthique des lésions.

Dans son rapport à l'Académie, Ménière conclut ce qui suit :

« 1° Un appareil auditif jusque-là absolument

sain peut devenir le siège de troubles fonctionnels, consistant en bruit de nature variable, continus ou intermittents et ces bruits s'accompagnent bientôt d'une diminution plus ou moins grande de l'ouïe.

« 2° Ces troubles fonctionnels ayant leur siège dans l'appareil auditif interne, peuvent donner lieu à des accidents réputés cérébraux, tels que : vertiges, étourdissements, marche incertaine, tournoiement et chute, et, de plus, ils sont accompagnés de nausées, de vomissements et d'un état syncopal ;

« 3° Les accidents ne tardent pas à être suivis de surdité absolue.

« Tout cela fait supposer que ces troubles fonctionnels ont une base matérielle résidant dans les canaux semi-circulaires. »

Tels sont les points acquis par les travaux de Ménière. Ce n'est pas cependant qu'on ne puisse trouver auparavant mention de troubles analogues ; toutefois, c'est à Ménière que revient incontestablement le mérite d'avoir isolé ces symptômes et de leur avoir donné toute leur valeur.

Smith, en 1710 ; Morgani, en 1777, font allusion à des faits qui rappellent le vertige de Ménière.

Itard, en 1825, cite le cas d'un homme de lettres sourd d'une oreille avec bourdonnements, vertiges, propulsion en avant ; et dans un autre cas du même auteur, il s'agit d'une jeune femme s'étant enfoncée une aiguille à tricoter dans l'oreille sentit une dou-

leur terrible, tomba brusquement de son siège en proie à un violent vertige et eut, à la suite des nausées et des vomissements douloureux.

Bungran a, de même, rapporté la propre observation ; il souffrait d'une otite chronique et il présentait les différents symptômes de la maladie Ménière. Pour lui, l'inflammation de l'oreille retentirait sur les centres céréelleux, et ainsi s'expliqueraient les troubles qu'il présentait.

Quoiqu'il en soit, jusqu'à Ménière on n'avait pas pu voir le lien de ces différents symptômes, on ne connaissait pas davantage la cause de ces troubles ; tout au plus pourrait-on dire que le vertige auriculaire était connu. La Maladie de Ménière en tant qu'entité morbide n'existait pas.

A la suite des travaux de Ménière un certain nombre de publications parurent sur ce sujet.

Knapp, Politzer, Charcot, tout particulièrement s'occupent de la question ; Charcot décrivit et sépara la forme atténuée.

Les recherches de Tröltsch, Voltolini, Gruber, Gellé, les thèses de Weil, de Cyon ; plus près de nous, de Ollier, de Vergèze, de Palasme de Champeaux ; le travail de Feré, compléteront la question.

M. Gilles de la Tourette a donné une excellente revue générale de la question.

Enfin M. Courtade tout dernièrement, et M. Hermann, dans les « *Annales des maladies de l'o-*

reille » ont apporté un nouvel appoint à l'étude de cette affection.

Il serait injuste d'oublier le travail déjà ancien de M. E. Ménière, ainsi que la description qu'il a consacré à l'étude de la maladie décrite par son père, dans son excellent et très pratique traité d'otologie.



Etude Clinique

Il règne encore une certaine confusion parmi les auteurs dans la description de ce qu'on doit appeler le vertige de Ménière.

Pour certains auteurs et c'est la thèse soutenue par Ollier de Vergèse, le syndrome de Ménière ne constitue pas une entité morbide. C'est un complexe symptomatique fréquent dans les affections articulaires et même en dehors de toute lésion de l'oreille, au cours d'affections générales, tabes, maladie, infectieuses ou autres.

Dans ces conditions, il ne faut plus parler au sens véritable du mot d'une « maladie de Ménière » mais simplement d'un syndrome de Ménière. En réalité cette façon de concevoir les choses n'est pas exacte, et offre de multiples inconvénients.

Vouloir donner le nom de vertige de Ménière à tous les états vertigineux *ab æure læsa*, ce n'est pas tenir compte des types bien définis où la triade symptomatique apparaît en dehors de toute lésion

préalable de l'oreille, c'est méconnaître la pensée même de celui qui a séparé ce type clinique.

Sans doute, aucun de ces symptômes n'appartient en propre à la maladie de Ménière proprement dite, les vertiges suivis de surdité et de troubles variés peuvent se trouver en dehors d'une hémorragie labyrinthique dans la plupart des affections de l'oreille, mais cela ne détruit nullement la valeur du complexe symptomatique que Ménière a montré appartenir à l'hémorragie labyrinthique.

En d'autres termes, nous pensons avec M. Cuvillier que sous le nom de maladie de Ménière on doit entendre un syndrome clinique se caractérisant par des vertiges, des bourdonnements d'oreille de la surdité et au point de vue anatomo-pathologique à une hémorragie labyrinthique, il faut en distraire toutes les autres altérations de l'ouïe confondues à tout dans ces derniers temps dans une même description et qui n'ont de commun avec elle que les bruits subjectifs et le vertige.

A ce sujet M. Courtade dit très justement qu'une étude plus attentive des affections auriculaires, montre que le vertige coïncidant avec des bourdonnements et de la surdité peut se présenter en dehors de toute affection idiopatique des canaux semi-circulaires.

Toute pression ou irritation de la membrane du tympan, toute augmentation de tension dans la

caisse de l'oreille moyenne et souvent tout ébranlement imprimé à l'étrier mobile provoquera ou est susceptible de provoquer l'un des symptômes ou les trois ensemble.

Mais il ne s'agit pas là de la maladie de Ménière vraie, mais d'un appareil symptomatique particulier que l'on désigne sous le nom de complexe de Ménière. Il est du reste facile de provoquer sur un individu à oreille normale les vertiges et le bourdonnement : il suffit d'augmenter la pression de l'air du conduit auditif, ce qui a pour résultat de refouler le tympan et par l'intermédiaire de la chaîne des osselets de projeter la plaque de l'étrier dans le vestibule, d'où pression exagérée qui retentit dans toute l'oreille interne ; ce mode d'exploration désigné par le nom dépréuvé des pressions centripètes de Gellé, est souvent mis à profit dans le diagnostic des affections auriculaires.

Passer en revue les diverses affections où se présente le complexe de Ménière, serait étudier toute la pathologie de l'oreille.

Par contre, la maladie de Ménière vraie se présente au point de vue clinique, de façon bien différente.

Les manifestations du vertige auriculaire sont susceptibles de former chez l'adulte deux formes principales :

1° Une forme paroxystique décrite par Ménière.

2° Une forme continue, différenciée et étudiée par Charcot.

A ces deux types classiques on peut ajouter la forme atténuée, de beaucoup la plus fréquente. Quelles que soient les circonstances au milieu desquelles débute l'attaque de vertige, un de ses caractères les plus nets est sa soudaineté. Souvent en pleine santé, sans bourdonnement préalable ni lésion connue de l'oreille, fréquemment au milieu d'un repas, le malade a entendu un bruit d'une violence et d'une intensité assourdissante ; cette sorte d'aura marque le début des phénomènes vertigineux : le malade voit tout tourner autour de lui, il lui semble que le sol manque et s'entr'ouvre, que les murs de l'appartement ou des maisons voisines s'inclinent et vont l'écraser.

D'autre fois, il se sent attirer avec force en avant ou en arrière, ou bien il semble être en proie à des violentes sensations de tournoisement, le plus souvent il tombe ou bien il s'accroche désespérément aux personnes qui l'entourent.

Quelques temps après, le malade pâle et couvert de sueur, sent peu à peu le vertige s'éloigner, il n'a pas perdu connaissance et pourra rendre compte de ses sensations, à moins que la soudaineté de sa chute n'ait déterminé un évanouissement.

Dans plusieurs cas, surtout après les grands accès, le malade reste quelque temps dans un état

semi-syncopal et se plaint de maux de tête. Les nausées, les vomissements en général peu abondants, sont presque la règle.

Cet état se prolonge pendant quelques heures, des fois deux ou trois jours. La surdité ne s'établit, le plus souvent qu'après une série d'attaques, elle peut cependant être absolue dès la première : le plus souvent la capacité auditive, diminuée dès le premier accès va peu à peu en disparaissant après chaque paroxysme.

Telle est l'attaque classique, présentant au complet le groupement pathologique qui constitue le syndrome de Ménière et que les Allemands ont nommé « surdité apoplectiforme en rapport de sa violence et de sa soudaineté. »

Les crises de vertige auriculaire sont loin de se ressembler chez tous les sujets et elles varient en fréquence, en d'intensité et en durée chez le même malade.

Les bruits subjectifs qui peuvent dans bien des cas précéder de plusieurs mois, l'apparition du vertige donnent lieu aux sensations les plus diverses. En général, ils sont comparés au sifflement d'une locomotive ou d'un jet de vapeur ; quelquefois au roulement des voitures, au bourdonnement d'une abeille, à un bruit de rivière ou de coquillage, « au carillon des cloches, au chant des oiseaux, au bruit de la mer, à l'explosion d'une fusillade ou feu d'arti-

fice » ; une malade entendait des chants, un autre, une musique militaire.

Ces bruits, qui toujours précèdent le vertige de plus ou moins longtemps, acquièrent toute leur intensité pendant l'accès.

Ils diminuent peu après, mais non tout à fait, exceptionnellement on les a vu cesser au milieu du paroxysme (Gellé).

Les sensations peuvent, elles aussi, varier à l'infini, leur étude sera mieux placée avec celle de la forme continue.

Parfois les accès se rapprochent, les crises deviennent subintrantes avec persistance d'un état vertigineux dans l'intervalle des accès pouvant durer 8 ou 10 jours, puis tout rentre dans l'ordre. C'est là toutefois, un acheminement à la forme continue que ne suivent, il faut le croire que rarement tous les cas toujours précédée de la forme paroxystique (Weil).

La forme continue présente une atténuation des symptômes décrits à la grande attaque.

Mais tout le processus paroxystique est susceptible de se réveiller sous l'influence de certaines excitations avec sa violence primitive. L'état vertigineux constant en est donc une forme continue avec paroxysme. Le malade atteint de la forme continue croit vivre dans une oscillation perpétuelle. Tantôt ce sont des sensations, tournoiements, tantôt des mou-

vements de roulis ou de tangage, d'élévation ou d'abaissement pareils au balancement de l'escarpolette ; ils se continuent parfois dans le sommeil sous forme de bercement. Quelques malades n'éprouvent qu'une certaine instabilité d'équilibre qui leur donne « un air appliqué et préoccupé » dès qu'on les fait marcher, ils avancent avec une extrême prudence, les bras tendus parallèlement de chaque côté du corps, en façon de balancier, écartant les jambes le plus possible afin d'élargir leur base de sustentation, au bout de quelques pas ils se mettent à tituber, et tomberaient si on n'y prenait garde.

Les paroxysmes éclatent au milieu de cet état de vertige constant. Ils sont parfois provoqués par les causes les plus insignifiantes. N'a-t-on par vu survenir des secousses violentes sous l'influence du changement de direction du regard ? Le malade sent tout à coup le lit sur lequel il se repose, la chaise sur laquelle il est assis se briser sous lui et disparaître par le plancher effondré ; d'autres fois il se croit élevé en l'air par les pieds, la tête en bas (le peintre syphilitique de Charcot).

Un malade éprouvera un mouvement giratoire autour de son axe vertical, tantôt à gauche, d'avant en arrière ou d'arrière en avant ; un autre sera animé d'un mouvement de rotation autour de son axe longitudinal ; il semblera à celui-ci qu'il exécute une culbute sur le tremplin à celui-là qu'il tourne autour

de la barre d'un trapèze. Quelques-uns de ces malades ne veulent pas sortir de leur lit où les confine l'état de frayeur continué dans lequel ils vivent ; ils s'y établissent « s'y calent » avec tous les oreillers et les coussins qu'ils peuvent trouver, et donnent les signes de la plus vive terreur dès qu'on s'approche d'eux ou qu'on les touche.

L'état des sujets atteints de vertige reste bon et n'est pas influencé par les attaques.

Nous faisons exception pour la forme continue qui oblige parfois les malades à rester au lit ; l'angoisse perpétuelle provoquée par les sensations terrifiantes au milieu desquelles ils rêvent et l'immobilité ont un retentissement fâcheux sur l'organisme.

Dans les formes graves apoplectiques du syndrome de Ménière, les malades peuvent dans leur chute se fracturer les os du nez, les dents, etc. C'est là la complication la plus fréquente. On a noté aussi la paralysie faciale « et un état de prostration analogue à celui de la fièvre typhoïde ».

On a signalé encore l'agoraphobie. Un malade de Charcot, craint l'espace et marche mieux dans un chemin étroit que dans une rue large. Etant à la campagne, il lui arrivait d'avoir peur, et prenait un élan fou, se cramponnait à un arbre et attendait quelqu'un pour le suivre.

La forme atténuée n'est pas susceptible, en raison de l'absence fréquente de quelqu'un des termes

que l'on est habitué à considérer comme constante dans le vertige de Menière, d'être encadrée comme les types précédents dans une description suivie plus ou moins variable dans les détails et avec les indications mais exacte dans les grandes lignes.

La forme apoplectique, la forme continue de syndrome, de Ménière sont rares ; mais alors avec un degré de fréquence étonnant, on trouve le type atténué.

Dans un très grand nombre de cas on trouve des « vertiges légers, des bourdonnements avec vertige. » Ou bien « le malade se plaint d'étourdissements fréquents ».

Le type atténué correspond, en somme à tous les phénomènes vertigineux que l'on englobait autrefois sous la dénomination de vertiges auriculaires.

En voici quelques faits :

Un individu est pris tout à coup au milieu de son repas d'un étourdissement qui lui fait incliner la tête en avant ou en arrière, au bout de quelques minutes, tout est passé ; il a parfois des nausées et il remarque que ce vertige survient toujours en mangeant, sur l'avis de son médecin, il soigne son estomac, le croyant la cause de ses malaises.

Un autre en se relevant vite, après s'être baissé, éprouve de l'instabilité d'équilibre, les mêmes phénomènes se manifestent souvent au lever.

Certains malades traversant une rue, un appartement, sont atteints brusquement d'une incertitude passagère de la marche, ils titubent, il leur semble que le sol se dérobe sous eux, le plus souvent ils ne tombent pas, car ils ont le temps de s'accrocher à un meuble, quelquefois la sensation est si courte que le malade fait un pas ou deux comme ivre, puis reprend sa marche comme avant.

Chez certains malades, le bruit un peu fort suffit à provoquer le vertige, mais de toutes les causes occasionnelles sont les actes physiologiques : la mastication, la déglutition, le fait de se moucher, de bailler, etc., tous les inconvénients capables de déterminer dans la crise des changements de pression. Les bourdonnements, avec la diversité habituelle des sensations qu'ils provoquent, précèdent et accompagnent le vertige ; ils manquent cependant dans beaucoup de cas. L'état nauséeux a été fréquemment noté ; dans quelques cas, il est le phénomène qui prend la plus grande importance et qui attire plutôt que le vertige l'attention du malade ; sa présence est loin d'être aussi constante que dans la forme paroxystique où il manque rarement.

Le céphalalgie, l'état semi-syncopal, la persistance pendant plusieurs heures, un jour ou deux et davantage, d'un état vertigineux, privilèges des types classiques, ne s'observent pas fréquemment dans sa forme atténuée ; la surdité n'évolue pas non plus de

la même façon que dans les types vertigineux, mais sa marche et son pronostic sont tellement variables selon les affections qui lui donnent naissance, que nous ne pouvons essayer d'en donner une idée même approximative. Cette étude rentre du reste dans le cadre de la pathologie spéciale.



Pathogénie

En même temps qu'il décrivit la maladie qui porte son nom, Ménière en établissait la cause anatomique et montrait que ces accidents étaient dus à une hémorragie labyrinthique.

Nous avons déjà cité plus haut le texte même de ses constatations anatomiques. En conséquence le terme de maladie de Ménière devient donc synonyme d'hémorragie du labyrinthe s'accompagnant de symptômes spéciaux.

Comment d'autre part l'épanchement du sang dans l'intérieur du labyrinthe peut-il donner lieu aux symptômes décrits par Ménière ?

C'est ce que nous permettent de comprendre les recherches physiologiques entreprises par différents auteurs sur les fonctions de canaux semi-circulaires. Pour bien comprendre comment une hémorragie labyrinthique peut déterminer le complexe tymptomatique du vertige de Ménière, nous devons étudier les conditions générales de statique du liquide intra-

labyrinthique, tant à l'état physiologique que pathologique.

Le liquide du labyrinthe osseux exerce normalement sur les parois qui l'entourent une pression excentrique dans tous les sens et d'une manière égale; la cavité osseuse qui le renferme comprend de tous côtés des parois résistantes sauf en deux points qui correspondent à la fenêtre ronde. A la fenêtre ovale représentant les parties flexibles, dépressibles. C'est par l'intermédiaire de ces deux points dépressibles, grâce à l'élasticité des membranes qui ferment ces deux orifices que se transmettent dans le liquide labyrinthique les modifications de pression, les vibrations qui trancisent par le liquide vont influencer les extrémités du nerf auditif. Le principal régulateur de la tension intra-labyrinthique est on le sait la fenêtre ronde.

Telles sont les conditions normales de la tension endolabyrinthique.

Dans quelle mesure certaines causes morbides peuvent exagérer cette tension? C'est ce que nous allons voir en nous appuyant principalement sur l'excellent travail de Morisset.

Les causes de l'exagération de la pression intra-labyrinthique sont nombreuses et peuvent provenir des différentes parties de l'appareil de réception ou de transmission des ondes sonores.

1° Du côté du conduit auditif externe, un simple

bouchon de cérumen peut modifier la pression du liquide labyrinthique suivant qu'il arrive ou non au contact du tympan. Toynbee a montré que la pression exercée par ces bouchons cérumineux sur le tympan se transmet à toute la chaîne des osselets et par son intermédiaire au liquide du labyrinthe. Bien plus, Gellé a démontré que même séparé du tympan, un bouchon de cérumen modifie la tension labyrinthique.

2° Les maladies du tympan à plus forte raison agissent de façon analogue. Le tympan est comme le régulateur de la pression endolabyrinthique. Son bon fonctionnement résulte de l'équilibre entre l'air de la caisse et l'air extérieur. Il en résulte que toute lésion modifiant l'action des muscles tubaires détruit cet équilibre et influe secondairement sur la tension de l'oreille interne

Pour la même raison, les mêmes troubles peuvent survenir lorsqu'au lieu de siéger sur le tympan même, la lésion est développée dans l'intérieur de la trompe et c'est ainsi qu'agissent les oblitérations tubaires.

3° Du côté de l'oreille moyenne, la tension intralabyrinthique est régularisée par l'action antagoniste des deux muscles de l'accommodation : muscle interne du marteau, muscle de l'étrier. Ces deux muscles sont innervés : l'un par la branche otique du trijumeau, l'autre par le facial. On comprend dès

lors que l'équilibre puisse être rompu au cas de paralysie d'un des deux rameaux, à l'exclusion de l'autre, au cas fréquent, par exemple, de paralysie faciale.

4° D côté de l'oreille interne, nous voyons que la circulation veineuse du labyrinthe est sous la dépendance de celle du sinus. Un épanchement sanguin consécutif à un traumatisme ou à une dégénérescence des vaisseaux amène une pression exagérée sur les parties molles de l'oreille interne.

Nous pensons aussi qu'une simple congestion vasculaire des vaisseaux de l'oreille interne peut avoir une action analogue, et c'est dans ce sens que nous voulons interpréter une rapide amélioration des phénomènes chez le malade dont nous rapportons l'observation. Politzer et Schwartz, du reste, n'ont-ils pas constaté à l'autopsie d'individus ayant accusé des bourdonnements, une dilatation variqueuse des vaisseaux du labyrinthe?

Quoiqu'il en soit, maintenant que nous connaissons les causes que peuvent modifier la tension endolabyrinthique, quels sont les symptômes qui en sont la conséquence? Il nous servira à expliquer la pathogénie de ces symptômes et nous y trouverons l'explication des troubles décrits sous le nom de vertige de Ménière.

On peut dire que toute augmentation de pression intra-auriculaire se transmet aux expansions terminales du nerf auditif qui nagent dans le liquide de

lotugus, les irrite et peut produire des troubles circulatoires et nutritifs que Morisset compare très justement à ceux qu'on observe dans la choroïde et la rétine au cours du glaucome.

Ces symptômes sont les bourdonnements d'oreille, des vertiges, la surdité ; en un mot, la triade symptomatique du vertige de Ménière.

En ce qui concerne les bourdonnements, il est vrai qu'ils peuvent reconnaître des causes diverses. Le point que nous avons à examiner, c'est leur présence dans les lésions du labyrinthe. Parmi les lésions constatées à l'autopsie des malades ayant accusé des bourdonnements d'oreille pendant la vie, nous avons vu que Politzer et Schwartz ont signalé une dilatation variqueuse des vaisseaux de la lame membraneuse du labyrinthe.

Notons en passant que ce point pourrait avoir une grande importance pour expliquer la soudaineté du vertige de Ménière apparaissant parfois sans aucune cause sensible ; sous l'influence d'une congestion active, les battements de ces petites artères dans une cavité close peuvent être rattachés à une légère exagération de tension intralabyrinthique, produite soit par une congestion hypostatique de l'oreille interne, soit par l'obstruction de la trompe, soit par l'infiltration lymphoïde des parties molles du labyrinthe.

Les irrégularités de la circulation du labyrinthe

sont aussi la cause de sensations subjectives de l'ouïe. C'est ce qu'éprouvent les aortiques. Dans la migraine, on peut de même avoir des bourdonnements d'oreille qui sont dûs à la dilatation des vaisseaux céphaliques et secondairement auriculaires.

De même les bourdonnements par trouble circulatoire peuvent s'observer au cours du mal de Bright. Dans la plupart de ces cas, on est autorisé à admettre que le bourdonnement dépend d'une augmentation de la pression endolabyrinthique produite par des causes diverses.

Nous pouvons donc penser que l'augmentation de tension endolabyrinthique produite par l'hémorragie agit de même et en d'autres termes qu'on peut expliquer de cette façon les bourdonnements d'oreille qui accompagnent le vertige de Ménière, le vertige a ensuite de nombreuses explications. On sait que le nerf auditif, issu des parties latérales du bulbe pénètre dans le conduit auditif interne et le divise peu après son entrée dans ce conduit en deux branches, l'une auriculaire ou cochléaire, l'autre postéro-supérieure ou vestibulaire dont les fibres se rendent aux loges et aux crêtes acoustiques, que Cyon désigne sous le nom de nerf de l'espace.

Le premier rameau, cochléaire, réagit à l'influence des pressions exagérées du liquide endolabyrinthique en produisant des sensations subjectives de l'ouïe.

Comment réagit à son tour la deuxième branche ou branche vestibulaire ?

D'après Gille ce nerf serait spécialement chargé des rapports de l'organe de l'ouïe avec les mouvements du corps, orientation, équilibre. Pour cet auteur le liquide des canaux circulaires exerce d'après les lois de la pesanteur la pression la plus considérable sur les parties déclives. La pression exercée par ce liquide varie avec les mouvements de la tête, de façon que toutes les positions de cette partie du corps correspondent à une excitation locale particulière de ces nerfs. La sensation de cette excitation nerveuse spéciale constitue le sens de l'équilibre qui sert de régulateur aux mouvements.

Pour Cyon, le nerf des canaux demi-circulaires, nous donne par son excitation les sensations qui nous servent à former la notion d'un espace à trois dimensions. La disposition de ces nerfs dans trois plans perpendiculaires l'un à l'autre se prête à merveille à une pareille fonction. Normalement, grâce à la tension normale du tympan et de la chaîne des osselets, le liquide de Cotugno se trouve dans un état d'accommodation spéciale pour l'excitation des nerfs ampullaires. Cette excitation serait peut-être favorisée par les mouvements soit actifs soit passifs de la tête que produiraient un ébranlement des otolithes ou des cils auditifs nageant dans le liquide de Cotugno. Tel est, d'après Cyon, le mode de fonction-

nement des canaux demi-circulaires, à l'état statique de la tension normale du liquide de l'oreille interne.

Ces explications très ingénieuses sont cependant quelque peu schematiques et M. Gellé a prouvé autrefois à l'aide du tube intra-auriculaire que le mécanisme de l'orientation était plus complexe. Les expériences de M. Gellé ont montré que lorsqu'un son est produit, la vibration sonore est immédiatement transformée en un mouvement volontaire des muscles insérés à l'apophyse mastoïde qui dirigent le pavillon vers le foyer de production du bruit.

Quoiqu'il en soit du rôle exact des canaux semi-circulaires dans le phénomène de l'orientation, toujours est-il que les symptômes produits par la lésion de ces canaux sont aujourd'hui assez bien connus.

En 1828, Flourens communiquait à l'Académie des Sciences un mémoire remarquable sur la fonction des canaux semi-circulaires. D'après cet auteur, la section de chaque canal produit un mouvement dont la direction est toujours la même que celle du canal coupé.

D'autre part, la direction des mouvements produits par la section des fibres du cervelet et de l'encéphale est toujours la même que celle des fibres coupées.

Enfin les filets nerveux des canaux semi-circulaires ont leur origine dans les fibres de l'encéphale

lesquelles sont, tour à tour, transverses ou droites, antérieures ou postérieures.

En résumé, pour Flourens, les canaux semi-circulaires sont de véritables organes périphériques intervenant directement dans la coordination du mouvement.

Ces expériences furent reprises et confirmées par Brown-Séquard, Vulpian, etc.

Brown-Séquard s'exprime ainsi : « Des convulsions, du vertige, des mouvements rotatoires ont été observés dans des cas où l'encéphale a été trouvé tellement sain, que ces symptômes n'ont pu être considérés que comme des phénomènes sympathiques ou réflexes, excités par la lésion du nerf auditif. Me fondant sur ces faits pathologiques, sur les résultats de mes expériences, sur les effets d'une injection froide dans l'oreille, et sur l'influence d'un bruit soudain sur toutes les personnes faibles ou nerveuses ayant perdu leur contrôle sur la tendance aux mouvements réflexes, j'en ai conclu que le nerf auditif a la puissance de produire par action réflexe, des convulsions, du vertige, et d'autres symptômes de troubles de fonction de l'encéphale ».

Mais dans ces derniers temps, Baginsky et Ewald, Stenin et Servall sont arrivés à des résultats différents. En particulier ces derniers auteurs n'auraient rien remarqué de spécial chez le poisson après l'ablation des canaux semi-circulaires, il est vrai .

qu'on peut leur objecter que les nerfs ampullaires ont pu être conservés, ce qui, d'après Lussana, suffirait à expliquer l'absence des phénomènes vertigineux.

Les faits ne sont donc pas concluants, et ne prévalent pas contre les faits cliniques nombreux, établissant la réalité du vertige par lésion du labyrinthe, entraînant la modification de tension du liquide endolabyrinthique.

Sans doute, le vertige peut être produit en dehors des modifications de tension labyrinthique.

Mais la réalité de ce mode d'action est indéniable, après la lecture des expériences de Morisset ; nous renvoyons au travail de cet auteur sur ce point.

La surdité qui apparaît comme faisant partie du syndrome de Ménière peut-elle aussi s'expliquer par les modifications de pression du liquide endolabyrinthique ?

La physiologie et la pathologie nous montrent que la pression exagérée du liquide labyrinthique produit la surdité. C'est un fait qu'on peut vérifier pendant le séjour de l'air comprimé et par l'expérience suivante de M. Gellé.

Il suffit d'introduire dans le conduit auditif externe un tube en caoutchouc dont on comprime l'air renfermé dans sa cavité, à l'aide des mors d'une pince à pansement, au début de l'expérience, il y a renforcement du bruit de la montre appliquée sur le tube

de caoutchouc, car l'air comprimé est meilleur conducteur de son.

Mais si on rapproche la pince du méat auditif, l'air condensé exerce une pression exagérée sur le tympan, par suite sur le liquide de Cotugno, et la montre est entendue plus difficilement.

Cette corrélation entre l'excès de pression intralabyrinthique et la surdité, nous permet de comprendre l'intermittence ou la marche progressive de cette affection suivant que la compression de l'oreille interne sera temporaire ou permanente.

On voit fréquemment une surdité légère apparaître avec un catarrhe de la trompe, et disparaître lorsque la perméabilité de ce conduit est rétablie.

Dans les inflammations chroniques de la caisse, la production d'une collection purulente suffit, pour amener une diminution de l'ouïe, qui se trouve très améliorée par une perforation spontanée ou chirurgicale du tympan; cette perforation du tympan vient elle à se cicatriser, la compression des fenêtres du labyrinthe par l'épanchement purulent entraîne une nouvelle surdité.

Dans toutes les maladies, où il existe un refoulement de l'étrier dans la fenêtre ovale la surdité suit une marche progressive.

L'otite scléromateuse nous permet d'observer l'évolution de cette surdité, qui légère d'abord,

peut au début être améliorée par le cathétérisme de la trompe ou l'aspiration du spéculum pneumatique, mais qui devient définitive et irrémédiable, la surdité peut avoir un début subit lorsqu'un choc, vient déterminer une compression soudaine du liquide labyrinthique et une irritation du nerf acoustique. La surdité douloureuse observée dans certaines paralysies du nerf facial ne reconnaît pas d'autre cause.

Le degré de la surdité est sous la dépendance des lésions plus ou moins étendues des parties fondamentales de l'appareil auditif. Les expériences de Flourens ont démontré que la section des rameaux nerveux qui se rendent aux canaux demi-circulaires ne détruit l'ouïe qu'incomplètement ; tandis que le traumatisme des nerfs du limaçon amènent une surdité absolue. De même que dans le glaucome, l'exagération de la tension endo-oculaire produit, au commencement un rétrécissement du champ visuel portant sur le côté interne ou nasal de la rétine, de même une exagération de la tension intra-labyrinthique peut déterminer une paralysie de certains sons ?

« On sait, dit Gavarret, que la lame membraneuse est composée de fibres radiales qui peuvent être comparées à un système de cordes tendues entre leurs extrémités et rattachées les unes aux autres par des adhésions latérales dont la solidité ne dépasse pas le degré nécessaire pour soutenir la

pression du liquide du limaçon contre ces fibres. Sous l'influence des variations périodiques de pression du liquide de sa rampe vestibulaire, chacune de ces fibres radiales vibre comme si elle était complètement indépendante des fibres voisines. Il résulte de ces dispositions anatomiques que, lorsqu'un système d'ondes sonores est transmis à l'oreille, la membrane basilaire vibre par influence ; ce sont donc les régions de la membrane basilaire située dans le voisinage de la fenêtre ronde qui vibrent à l'unisson des sons aigus, et les régions voisines de la coupole du limaçon qui répondent, par influence, à l'appel des sons graves. »

Dès lors, on comprend comment la compression lente ou subite du liquide labyrinthique peut produire dans la perception des sons des lacunes correspondant à des altérations d'un certain nombre de fibres radiales.

Qu'une hémorragie dans l'oreille interne porte sur les fibres voisines de la fenêtre ronde, la perception des sons aigus sera anéantie, ou qu'un certain groupe de fibres de Corti soit atrophié ou tuméfié par un exsudat, il ne pourra plus vibrer à l'unisson, et de ce manque d'accord, résultera la perception fausse de certains sons.

Le pronostic de la surdité varie suivant la cause qui la produit. Tandis que les affections du conduit auditif externe et de la trompe d'Eustache ne pro-

duisent pas de troubles très sérieux du côté de l'ouïe.

Quoiqu'il en soit, nous voyons qu'ici encore la surdité peut s'expliquer par un excès de tension endolabyrinthique, autrement dit que la surdité, du vertige de Ménière, reconnaît bien pour cause l'augmentation de pression labyrinthique due à la présence de l'épanchement sanguin.

En résumé, les différents symptômes du vertige de Ménière peuvent s'expliquer par les modifications de pression de liquide de Catugno à l'intérieur du labyrinthe.

Modifications de pression qui sont sous la dépendance d'un brusque épanchement sanguin.

La Maladie de Ménière devient ainsi absolument comparable au glaucome hémorragique.



Etiologie

De l'étude que nous venons de faire, il résulte que les différents symptômes du vertige de Ménière ressortissent en définitive à une modification de pression du liquide endolabyrinthique.

Les constatations anatomiques de Ménière ont montré d'autre part l'existence de foyers sanguins collectés dans le labyrinthe, dans les deux cas mortels qu'il a pu observer. Il en résulte donc que le nom de maladie de Ménière doit être réservé à l'hémorragie labyrinthique accompagnée de la triade symptomatique.

Les causes qui peuvent favoriser la production des hémorragies labyrinthiques sont nombreuses. Le traumatisme occupe naturellement une large place dans l'étiologie de la maladie de Ménière.

Sans parler du coq de Vulpian et de Signol qui, à la suite d'une bataille où il reçut un coup de bec au niveau de l'oreille, présenta des phénomènes vertigineux des plus nets, on pourrait citer des cas nom-

breux où l'apparition du syndrome de Ménière a coïncidé avec la propagation d'une fracture du crâne ou labyrinthe (Voltolini, Politzer), avec la perforation brusque d'une fenètre labyrinthique, avec l'attouchement de l'étrier isolé au fond de la caisse (Gellé), avec une irritation de l'oreille dans un cas de communication anormale de la caisse et du labyrinthe (Schwartz). Dans un cas de Brunner, un violent vertige survint à la suite d'une application de la douche d'air.

Il faudrait également rapporter toutes les causes habituelles des hémorragies, le refroidissement, la suppression des règles (comme dans l'observation de Ménière), les divers états congestifs, les fièvres et les maladies infectieuses.

Une étude plus attentive des cas permettrait sans doute de constater que dans nombre de cas, il s'agit de congestifs préparés aux ruptures vasculaires.

Ménière avait observé que la maladie frappait assez souvent les rhumatisants ou les goutteux ; or, on sait combien ces malades sont prédisposés aux fluxions, combien leurs parois vasculaires sont altérées.

Il en est de même chez les syphilitiques et les brightiques.

Telles sont les causes ordinaires de l'hémorragie labyrinthique, nous pensons qu'il n'est peut-être pas

inutile de mentionner ici les causes du vertige auriculaire simple.

Expérimentalement, l'excitation galvanique au niveau des apophyses mastoïdes, peut donner naissance au vertige en dehors de toute condition pathologique, vraisemblablement par l'excitation des terminaisons du nerf ampullaire.

Cliniquement, toutes ces lésions de l'appareil auditif primitives ou secondaires, aiguës ou chroniques, peuvent devenir la cause de troubles de l'équilibre. Ce vertige ne se produira toutefois que lorsque certaines conditions anatomiques sur lesquelles nous reviendrons plus loin, à propos de la physiologie pathologique, seront nécessaires.

Les affections aiguës ont une action incontestable sur la production des vertiges. Les complications otiques des maladies infectieuses ne sont pas rares, mais elles peuvent passer inaperçues, elles surviennent surtout dans les formes graves, elles produisent rarement des vertiges au cours même de l'affection, mais ces phénomènes peuvent apparaître plus tard suivis par l'influence des désordres apportés dans l'appareil auditif. On ne saurait trop insister sur ces manifestations vertigineuses à longue échéance symptomatique, d'anciennes localisations infectieuses, car on trouva à l'étiologie de la majeure des observations, la rougeole, la coqueluche, les oreillons.

Toynbe, sur 40 cas de rougeole compliquée, a
Mekhdjian

observé 19 affections auriculaires sur 22 cas mortels. Sur 1,500 malades atteints d'affections de l'oreille, Haug a noté la scarlatine à l'origine 434 fois ; Schwartze a trouvé qu'elle avait été dans 4,21 p. 100 des cas la cause de la surdité. 12 à 28 p. 100 des otites purulentes ont eu la scarlatine pour point de départ ; d'après les statistiques, elle aurait une part de 5 à 10 0/0 dans l'étiologie des affections de l'oreille. Les complications optiques seraient beaucoup moins fréquentes dans la diphtérie que dans la scarlatine, elles se montraient tardivement « parfois la gorge étant encore libre et l'oreille moyenne indemne, on voit apparaître brusquement des symptômes labyrinthiques, présentant l'allure du complexe de Ménière, les phénomènes précoces sont dûs à l'invasion du labyrinthe par le bacille de Klebs qui détermine l'érosion des vaisseaux, des thromboses et des hémorragies, mais qui pénètre par les lymphatiques et l'aqueduc du limaçon ».

On a noté dans l'épidémie d'influenza de 1889 et 1890 des complications otiques dans 12 p. 0/0 des cas ; dans la forme nerveuse on a observé des symptômes labyrinthiques, vertiges, vomissements, hypéracornée d'abord, anesthésie accustique ensuite ».

On connaît l'influence de la méningite cérébro-spinale sur l'apparition de la surdi-muetité, l'épidémie de 1864-1865 en Perse a beaucoup augmenté le nombre des sourds-muets (Hartmann).

La pneumonie a, paraît-il produit rarement des localisations auriculaires.

Les complications otiques des oreilles seraient fréquentes d'après M. Garnault ; Lannois est d'un avis contraire.

On a des complications optiques dans la fièvre typhoïde, dans 2 à 4 p. 100 des cas simples, et d'après Lutchau dans 8 p. 0/0 des cas où il se produit une rechûte. Wundt sur 176 oreilles de varioleux examinées on a trouvé, la caisse saine 7 fois ; Mons aurait rencontré des streptocoques dans le labyrinthe.

Dans le typhus exanthématique, les localisations auriculaires sont fréquents 50 p. 0/0 de cas (Murchison) 30 0/0 (Hartmann). Les maladies constitutionnelles sont capables de créer de toutes pièces le syndrome de Ménière. M. Gellé a vu des fluxions articulaires d'origine goutteuse disparaître en même temps que se manifestaient de violents symptômes labyrinthiques. M. Bouchard a donné du vertige goutteux la description suivante : « Le malade est pris subitement ; tout tourne autour de lui, soit qu'il pivote autour de son axe, soit qu'il lui semble culbuter. Il a en même temps des sifflements de l'oreille de l'angoisses, des nausées, des vomissements. »

Ce grand vertige peut se reproduire par accès paroxystiques, reliés entre eux par un état nauséeux et vertigineux habituel ; il se perpétue ainsi

pendant 10 ans et cesse au moment de l'apparition de l'accès de goutte.

On a signalé des complications auriculaires dans la leucocythémie ; M. Lannois, de Lyon, a rapporté une observation avec autopsie. Tantôt les lésions n'atteignent que la caisse où l'on trouve des hémorragies plus ou moins étendues dans la muqueuse ; il y a presque toujours surdité ; d'autres fois on a trouvé dans le labyrinthe et dans les canaux demi-circulaires des néoformations leucocythémiques, le plus souvent il s'agit de véritables hémorragies ayant détruit tout ou en partie l'appareil récepteur du son ou les canaux semi-circulaire. C'est en pareil cas qu'on a vu se manifester les bourdonnements, les bruits subjectifs, les nausées, les vertiges, tous les signes en un mot qui constituent le syndrome de Ménière.



Diagnostic

Le vertige de Ménière peut être confondu avec un certain nombre d'affections.

Le diagnostic de la congestion cérébrale apoplectiforme ne présente pas de difficultés, au moins dans la majorité des cas. Parfois cependant la forme apoplectique ressemble énormément à l'apoplexie cérébrale, à l'embolie. Ce n'est d'ailleurs que pendant l'attaque que l'on pourrait hésiter car après l'absence des phénomènes secondaires caractérisant l'hémorragie, la présence au contraire des autres signes du syndrome de Ménière, fixeront le diagnostic. Les vertiges d'origine cérébelleuse et ceux d'origine aurale donnent lieu à des phénomènes très analogues et le diagnostic peut parfois présenter des difficultés. L'intégrité de l'appareil auditif dans le cas de lésion cérébraleuse, l'absence de troubles de la vue, de céphalée, dans le vertige de Ménière, serviront à différencier les deux variétés de vertige.

On peut parfois au début être hésitant pour dis-

tinguer le vertige de Ménière de l'épilepsie, en particulier de l'épilepsie jacksonnienne.

Cette dernière de même que la maladie de Ménière ne s'accompagne pas de perte de connaissance et peut être suivie de vertige et autres symptômes rappelant assez bien cette maladie.

Pour Charcot, la perte de connaissance ne se présenterait jamais dans le syndrome de Ménière. Ce point serait décisif, dès lors pour trancher le diagnostic avec l'épilepsie vraie. Cependant ce point n'est pas absolu, Ménière et d'autres ont rapporté des cas où il y aurait eu perte de connaissance. Il est vrai que l'on pourrait admettre chez ces individus la coexistence de l'épilepsie et du vertige de Ménière. Chez les enfants, en dehors de l'épilepsie, le vertige peut être stimulé par toutes les crises convulsives d'origine réflexe que l'on observe si fréquemment.

Ces convulsions reconnaissent des origines très diverses, tantôt relevant d'une lésion organique déterminée dont elles ne sont qu'un symptôme accessoire, tantôt simplement réflexes. On les voit survenir surtout chez les enfants nerveux, à passé héréditaire chargé, au point de vue des troubles et accidents nerveux ; les convulsions réflexes sont celles qui pourront le mieux stimuler la maladie de Ménière. Tantôt elles sont dues aux difficultés de la dentition, tantôt à une simple irritation du tube digestif. Rilliet et Barthez citent le fait d'un enfant de

moins d'un an atteint de convulsion depuis plusieurs semaines et chez lequel on découvrit qu'un cheveu long de plusieurs centimètres était fixé entre les dents incisives et allait de là pendre dans le pharynx.

Les vers intestinaux sont une cause fréquente de convulsion. Il en est de même d'un certain nombre de causes toxi-infectieuses, sur lesquelles nous n'avons pas à insister.

A la suite des convulsions, l'enfant peut rester dans un état de malaise, qui peut simuler la maladie de Ménière.

La maladie de Friedreich, bien que se présentant avec un ensemble de signes caractéristiques, peut parfois simuler le vertige de Ménière. Les malades présentent la démarche appelée par Charcot tabéto-cerebelleuse; « ils s'avancent les jambes écartées très lourdement et jusqu'à un certain point ressemblant à un ivrogne ». « Les vertiges, dit M. Marie, font directement partie de la symptomatologie ordinaire de la maladie de Friedreich; ils se montrent quelquefois par accès, dans certains cas sont permanents et constituent un véritable état vertigineux que vient encore compliquer l'incertitude signalée dans la station et dans la démarche ».

Mais si par ce point, la maladie de Friedreich peut ressembler au syndrome de Ménière, nombreux sont les signes qui permettront la différenciation.

Les énumérer ici serait reprendre presque toute la symptomatologie de l'ataxie héréditaire.

Parmi les affections chroniques du cerveau, les tumeurs peuvent quelquefois simuler plus ou moins la maladie de Ménière.

Mais ici l'examen du fond de l'œil, la présence de la névrite optique avec stase papillaire, les troubles divers à localisation précise, les paralysies des nerfs crâniens, sont autant de signes qui serviront à établir le diagnostic réel.

Il faut en dire autant de l'hystérie, la grande simulatrice, comme disait Charcot; il n'est pas de complexe symptomatique qu'on ne l'ait vue réaliser. M. Dupré a montré qu'elle pouvait réaliser de toutes pièces un syndrome qui rappelle de trois points la méningite aiguë ou chronique. A plus forte raison, nous ne pouvons nous étonner de la voir simuler le syndrome beaucoup moins complexe de la maladie de Ménière.

Dans la neurasthénie, il n'est pas rare enfin de voir des symptômes rappelant ceux de la maladie de Ménière. En général, cependant la difficulté est minime et l'on arrive aisément au véritable diagnostic.

La maladie de Ménière étant différenciée de la plupart des autres affections organiques qui peuvent la simuler plus ou moins complètement, le vertige est reconnu comme d'origine auriculaire. Il ne s'en suit pas que l'on doive faire de tous les vertiges obser-

vés au cours d'affections auriculaires, un vertige de Ménière.

Dans ces cas, il existe une lésion antérieure de l'oreille, otite moyenne ou autre.

Nous pensons que ces cas doivent être éliminés. Il s'agit simplement d'un syndrome de Ménière mais non de la maladie de Ménière vraie.

Pour distinguer la maladie de Ménière vraie de séries de symptômes de même nom, il faut se guider sur les faits suivants :

Lorsque le malade était auparavant sain, ou est atteint d'une des affections que nous avons vues au chapitre de l'étiologie, comme pouvant donner lieu à la maladie de Ménière ; lorsqu'il jouissait d'une excellente audition et que l'appareil auditif était absolument sain, qu'il est possible d'exclure toute autre affection crânienne, quand le malade dans ces conditions est atteint d'un accès subit de vertige, avec bourdonnements et surdité consécutive, que l'examen révèle une lésion du labyrinthe, nous sommes autorisés à considérer le cas comme une véritable maladie de Ménière.

Par contre, quand ces symptômes surviennent au cours d'une affection de l'oreille externe ou moyenne, nous sommes en droit de supposer un simple vertige *ab aure læsa*.

Quand les symptômes ont une durée plus longue

à marche variable, il s'agit simplement de syndrome de Ménière.

Le cas que nous avons apporté au début de notre travail nous semble bien se rapporter à un véritable vertige de Ménière.

Il s'agit ici d'un homme sain jusqu'alors qui brusquement est pris des symptômes caractérisant la triade de Ménière.

L'examen ultérieur de l'oreille montre la présence de lésion labyrinthique, alors qu'aucun autre symptôme ne permet de rattacher ce complexe symptomatique à quelque assertion organique.

Nous pensons qu'il s'agit d'un vrai cas de maladie de Ménière.

D'autre part avons nous à faire à une véritable hémorragie labyrinthique ?

La réapparition progressive de l'ouïe pourrait peut-être nous faire supposer que les lésions sont peu intenses, peut-être s'est-il agi d'une simple congestion ?

Toutefois le temps pendant lequel a pu être suivi notre malade n'est pas assez long pour que l'on pût avoir un jugement définitif.

L'apoplexie labyrinthique comme parfois l'apoplexie cérébrale peut procéder par étapes et ne se constituer définitivement qu'après plusieurs attaques.

En dernier lieu, quelle cause devons-nous assigner à cette hémorragie endolabyrinthique ? Il est

vraisemblable que le traumatisme suffit à l'expliquer.

Le vertige est apparu brusquement, pendant un effort. Nous nous croyons autorisé à considérer cet effort comme ayant agi à la façon d'un réel traumatisme. Du reste les exemples ne sont pas rares, où l'effort a suffi à déterminer une hémorragie, une rupture vasculaire en un point ou un autre.

En résumé, nous concluons que notre malade présente un cas type de vertige de Ménière par traumatisme.



Traitement

Le traitement du vertige de Ménière est assez restreint.

Si l'on admet l'existence d'un épanchement endolabyrinthique, c'est contre l'élément hémorragique et contre la cause de l'hémorragie que doit être dirigé le traitement.

Localement, la révulsion, les pointes de feu, les saignées locales sont indiquées.

Contre l'état général, contre la diathèse qui donne lieu aux hémorragies, on est armé de façon variable.

Le fer et les sels de chaux peuvent être donnés chez les individus à tendance hémophiliques et chez les aortiques.

La révulsion intestinale, le régime lacté, l'iodure de potassium s'adresse particulièrement aux congestifs, aux Brightiques

L'hamamelis Virginica, préconisée dans ces dernières années contre les différentes diathèses hémorragiques, pourrait ici trouver son indication.

Le traitement du vertige de Ménière, par le sulfate de quinine a été préconisé par Charcot et a donné parfois de bons résultats.

Il consiste à administrer de fortes doses de sulfate de quinine de 0,60 à 0,80 centigr. On donne ce médicament pendant 8 ou 15 jours sans tenir compte de l'exaspération apparente, puis on cesse pendant un temps à peu près égal jusqu'à ce qu'on ait obtenu le résultat cherché.

Le salicylate de soude se prescrit à la dose de 2 ou 3 grammes par jour et avec des intervalles de repos comme dans le traitement de quinine, il convient surtout dans les cas où le vertige est constant et intense. Le traitement auriculaire proprement dit n'existe pas en réalité.

Knapp se basant sur le rôle de la pression endolabyrinthique a bien préconisé l'évacuation partielle de la lymphe. Toutefois cette opération est restée à l'état de projet. En réalité dans la maladie de Ménière vraie, le traitement est des plus restreints et d'une inefficacité désespérante.

Il n'en est pas de même des cas de vertige auriculaire simple liés à une affection de l'oreille où le traitement de la cause suffit à faire disparaître les vertiges. Mais nous l'avons dit, ces cas ne rentrent pas dans le cadre de la maladie de Ménière vraie.

Conclusions

1° Contrairement à l'opinion de certains auteurs, il y a lieu de distinguer une maladie de Ménière vraie, due à une hémorragie endolabyrinthique, d'avec les symptômes de Ménière qu'on peut voir survenir, ensemble ou séparément, au cours d'un très grand nombre d'affections auriculaires ;

2° Dans l'étiologie de la maladie de Ménière, le traumatisme joue un rôle considérable. La dilatation variqueuse des vaisseaux de la lame membraneuse du labyrinthe, signalée par Politzer et Schwalbe, chez les individus ayant présenté des bourdonnements d'oreille, est peut-être une cause prédisposante capitale au vertige de Ménière ;

3° La pathogénie de la triade symptomatique de Ménière s'explique suffisamment par les modifications de tension endolabyrinthique qu'entraîne une hémorragie ;

4° Au point de vue du diagnostic, il faut savoir différencier la maladie de Ménière vraie, non seulement des affections qui peuvent la simuler, mais

encore de tous les cas de vertige auriculaire, où les symptômes de Ménière apparaissent au milieu de beaucoup d'autres et comme conséquence de lésions internes ;

5° Le traitement de la maladie de Ménière est restreint. C'est le traitement des apoplexies en général : révulsion cutanée, dérivation intestinale, saignée locale. La quinine, l'iodure de potassium et autres médicaments donnent des résultats variables ;

6° Dans le cas que nous rapportons, nous pensons qu'il s'agit bien d'un cas type de maladie de Ménière, due à une hémorragie endolabyrinthique vraisemblablement d'origine traumatique.

Vu :

Le Président de la Thèse,
C. POTAIN.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

- BERTRAND. — Maladie de Ménière. Th. Paris, 1874.
BONNENFANT. — Séméiologie du vertige dans les maladies de l'oreille. Th. Paris, 1874.
HAMER. — Considérations sur le vertige de Ménière. Th. Paris, 1889.
LELAYE. — Th. Paris, 1885.
LÉO. — Th. Paris, 1876.
MULLOT. — Th. Paris, 1885.
OLLIER DE VERJÈZE. — Th. Lyon, 1888.
VOURY. — De la Maladie de Ménière. Paris, 1874.
BOUCHUT. — Maladie aiguë de Ménière. Paris méd., 1883, p. 337.
BIANCHI. — Vertigine de Ménière. Réforma med. 1888, t. IV.
BONNAFONT. — Annal. des malad. de l'oreille et du larynx, 1882.
BURNETT. — Surg. treat. of Meniere's disease Med. News, 93.
CHARCOT. — Progrès Médical, 1874.
COMBEMALE. — Bullet. Méd. du Nord, 1890.
COYNE. — Gaz. Méd. Paris, 1874.
COURTADE. — Ann. mal. de l'oreille, 1899.
DABNEY. — Med. News Plula, 1890.
FERÉ. — Revue de Médec., 1881.
GELLÉ. — Vertige auricul. Trib. méd., 1874-75.
LADRAT DE LA CHARRIÈRE. — Ann. des mal. de l'oreille, 1875.
MÉNIÈRE. — Otologie clinique.
NOTHNAGEL. — Med. Press. et Cerc. Lond. 1889.
TROUSSEAU. — Gaz. Hôp., 1864.
URBANTCHITSCH. — Wiener med. Presse, 1873.

